

Cáncer gástrico

Francisco ENDARA, Silvia BERTOLA, Marcelo VILLAFANE y Daniel ALLENDE

Servicios de Cirugía General y Gastroenterología Hospital Privado

RESUMEN

Se estudian las historias de 31 pacientes con cáncer gástrico, atendidos en el Hospital Privado. Se consideran diversas características de las mismas. Se concluye que la mayoría de los pacientes llegan al tratamiento en la etapa incurable; que los antecedentes tóxicos (alcohol y tabaco) y de neoplasia familiar, integran en proporción significativa los grupos de riesgo; que la endoscopia "agresiva" en todo paciente de más de 35 años de edad, con síntomas digestivos altos, está justificada y constituye el método más eficaz para el diagnóstico oportuno.

El cáncer gástrico es una entidad patológica con alta tasa de mortalidad. La causa de ésta obedecería a varios motivos. El diagnóstico tardío y el tratamiento quirúrgico como única posibilidad terapéutica, serían importantes.

El objetivo de esta revisión es intentar determinar grupos de riesgo, y analizar los factores y características de la serie, para identificar causas de los resultados obtenidos.

MATERIAL Y METODOS

Se revisan 31 historias de cáncer gástrico, consignando edad y sexo, antecedentes tóxicos, antecedentes familiares y personales, cirugía previa, síntomas, tratamiento quirúrgico y hallazgos patológicos.

RESULTADOS

Sexo

De los 31 pacientes, 15 fueron mujeres y 16 hombres.

Edad

La edad promedio del grupo fue 60 años, con límites de 37 a 76 años; para las mujeres fue de 57 (límites 37 y 76 años) y para los hombres, 63 años (límites 37 y 75 años).

Antecedentes tóxicos

Cigarrillos (> 10/día) 16/31
 hombres 11/16
 mujeres 5/16

Alcohol (> 500 cm³/día) 12/31
 hombres 7/12
 mujeres 5/12
 hombres 10/2C

Infusiones 20/31
 (café - mate - té)
 mujeres 10/20

La ingestión crónica de medicamentos (p. ej.: ácido acetil salicílico), no fue registrada.

Antecedentes de neoplasia familiar

ca. mama	4	ca. hepático	1
ca. gástrico	3	ca. piel	1
12/31 ca. esofágico	2	ca. recto	1
ca. pulmón	2	ca. útero	1
ca. pancreático	2		

Antecedentes enfermedad digestiva previa

úlcera gástrica	6
colecistitis lit.	4
15/31 hepatitis	2
divercolitis	2
úlcera duodenal	1

Antecedentes quirúrgicos

apendicectomía 7 nefrectomía (ca.) 1

	colecistectomía	7	safecnetomía	1
29/31	hemorroidec- tomía	3	tiroidectomía	1
	gastrectomía	2	hernioplastia	1
	cesárea	2	vagotomía +	
	histerectomía	2	piloroplastia	1
			prostatectomía	1

Síntomas

dolor . . .	16/31	
dispepsia	13/31	
pérdida de peso . . .	12/31	El tiempo promedio de evolución de los síntomas fue de 7,9 meses con límites de 1 a 48 meses.
disfagia . . .	12/31	
anorexia . . .	3/31	
melena . . .	2/31	
hemorragia severa . . .	1/31	

Tratamiento quirúrgico

28 pacientes fueron operables y 3, inoperables.

Las operaciones fueron:

- 1) En 17 resecables: 10 gastrectomías subtotales + Braun; 3 esofagogastrectomías; 3 gastrectomías totales; 1 gastrectomía subtotal B1.
- 2) En 11 irresecables: 9 laparotomías exploradoras con biopsia; 2 gastroenteroanastomosis.

De los 17 resecados, se hizo cirugía curativa en 3 pacientes:

EDAD	EVOLUCION	SEGUIMIENTO
1 49 años	6 meses	4 años
2 55 años	5 meses	4 años
3 60 años	3 años	7 años

Los tres enfermos están sin lesión aparente en la actualidad.

Anatomía patológica

Adenocarcinoma bien diferenciado superficial	3
Adenocarcinoma indiferenciado	4
Adenocarcinoma moderadamente indiferenciado	4
Adenocarcinoma metastásico	18
Linitis plástica	2

Endoscopia

El diagnóstico de cáncer fue confirmado por endoscopia, en todos los casos. Sin embargo, de los 15 pacientes con antecedentes de patología digestiva previa, solamente 5 fueron examinados endoscópicamente.

COMENTARIO

El estudio de esta serie muestra algunos

datos a tomar en cuenta:

1) Aunque la edad promedio es de alrededor de los 60 años para ambos sexos, hay pacientes menores de 40 años de edad.

2) El uso de sustancias tóxicas (alcohol, cigarrillo), o el hábito de beber infusiones calientes, aparece en más de la mitad de los enfermos. Un artículo reciente sugiere un riesgo aumentado de padecer cáncer gástrico en consumidores de vino tinto y cigarrillos en Francia (1).

3) Más de un tercio de los pacientes, registraban antecedentes de neoplasia familiar. Sin lugar a dudas, esta observación como las anteriores, no tienen valor como hechos aislados. Sin embargo, tienen significación para componer un cuadro de factores de riesgo.

4) La sintomatología es vaga, inespecífica y de evolución prolongada. La serie muestra enfermos que han sido operados y asistidos por otras patologías (15 de ellos con enfermedad digestiva), en los cuales no se profundizó el examen (solamente 5 fueron estudiados con endoscopia). Los tres pacientes con cirugía aparentemente curativa (cánceres superficiales) demuestran la poca agresividad de la neoplasia y la lentitud clínica y evolutiva de la misma. Esto se confirma por un estudio de la Universidad de Virginia, que demuestra la diferencia significativa de la evolución sintomática del cáncer superficial comparada a la del cáncer gástrico avanzado (2). Estos pacientes tienen sin embargo, la posibilidad de desarrollar cáncer en el muñón, como ocurre en un porcentaje variable de gastrectomizados, después de los diez años (3). En estudios de seguimiento prolongado, se confirma que 2/3 de pacientes detectados por examen masivo, curaron la enfermedad (4). En Osaka, Japón, 3,6 millones de personas fueron examinadas hasta 1978; la tasa de sobrevida del cáncer gástrico aumentó del 10o/o al 45o/o, entre 1960 y 1980 (5). El mejoramiento de los resultados requiere una indicación frecuente de la endoscopia en pacientes con síntomas gastrointestinales altos y la intervención quirúrgica temprana y "agresiva" (6).

Es importante la estadificación preoperatoria adecuada de la neoplasia para valorar la extensión del tumor, la localización del mismo, infiltración local y diseminación. Estos datos no siempre estuvieron presentes, y son imprescindibles para la táctica quirúrgica. La tomografía computada ha sido sugerida como alternativa para determinar

el estadio y la resecabilidad del cáncer gástrico, previa a la celiotomía, pero no reemplaza a ésta (7).

Proporcionalmente considerados, diversos estudios coinciden con la serie en la significación de la diferencia de supervivencia global del cáncer superficial (100o/o a 5 años) con el cáncer avanzado (15o/o a 5 años). Este último dato de acuerdo a la estimación Kaplan-Meier (8, 9, 10).

Puede concluirse, que pacientes de ambos sexos, mayores de 35 años, con síntomas digestivos altos, con o sin enfermedad digestiva conocida, con antecedentes de neoplasia familiar y hábitos tóxicos (tabaco y alcohol), deben ser estudiados "agresivamente" para investigar el cáncer gástrico y en caso de detectarlo, proceder a la estadificación y al tratamiento quirúrgico completo.

SUMMARY

The records of 31 patients with gastric cancer assisted at the Hospital Privado, were reviewed. Various parameters were considered and discussed. It was concluded that most of the patients were incurable; that toxic antecedents (alcohol & tobacco) and family cancer were frequent in risk groups; that "aggressive" endoscopy is justified in every patient older than 35 years of age with digestive symptoms and that endoscopy is the best diagnostic method.

BIBLIOGRAFIA

- 1) HOEY J.; MONTRENAY, LAMBERT R. Wine and Tobacco: Risk factors for gastric cancer in France. *Am. J. Epidemiology*; 113: 668, 1981
- 2) KATHARINE J. CARTER; HUGH SCHAFFNER, W.P. RITCHER Jr.: Early gastric cancer. *Ann. Surgery* 199: 604-609, 1984
- 3) J.T. DIEHL, R. HERMANN, A.M. COOPERMAN, S.O. HOERR: Gastric Carcinoma - A ten year review. *Ann. Surgery*, 198, 1987.
- 4) HIDEO YAMAZAKI; AKIRA OSHIMA; et al.: A long term follow-up study of patients with gastric cancer detected by mass screening. *Cancer* 63: 613-617, 1989.
- 5) WALTER E. LONGO; KARL A. ZUCKER, et al.: Role of endoscopy in the diagnosis of early gastric cancer. *Arch. Surg.* 122: 292-295, 1987.
- 6) WILLIAM SCOTT, Jr.; BENTON ADKINS, Jr.; JOHN L. SAWYERS: Results of an aggressive surgical approach to gastric carcinoma during a twenty-three-year period. *Surgery* 1985; 97: 55-59.
- 7) ALLEN O. COOK; BARRY A. LEVINE; et al.: Evaluation of gastric carcinoma. *Arch. Surg.* 1986; 121: 603-606.
- 8) MACHADO G.; DAVIS JD; TUDWAY A, et al: Superficial carcinoma of the stomach. *Br. Med. J.* 1976; 2: 77-79.
- 9) PAULINO F.; ROSELLI, A.: Early gastric cancer: Report of twenty five cases. *Surgery* 1979; 85: 172-176.
- 10) GREEN PH; O'TOOLE KM; WEINBERG LM; GOLDFARD JP: Early gastric cancer *Gastroenterology* 1981; 81: 247 - 256.